

ZGODA NA WYKONANIE BADANIA MRI



Nazwisko Imiona

PESEL Waga

Adres zamieszkania Tel. kontaktowy

NIKTÓRE PRZEDMIOTY METALOWE POSIADANE PRZEZ PACJENTA W TRAKCIE BADANIA MOGĄ NARAŻIĆ NA UTRATĘ ZDROWIA LUB ŻYCIA.

Pacjent podczas badania przebywa w bardzo silnym polu magnetycznym co oznacza, że nie może posiadać żadnych przedmiotów metalowych oraz takich, które są wrażliwe na działanie tego pola takie jak: aparaty słuchowe, zegarki, urządzenia elektroniczne, karty magnetyczne, nośniki magnetyczne, telefony komórkowe.

PRACOWNIA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA EWENTUALNE USZKODZENIE TYCH PRZEDMIOTÓW.

Ze względu na hałas towarzyszący badaniu zalecamy wkładki wyciszające do uszu. Badanie wymaga przebywania w bezruchu i ograniczonej przestrzeni przez kilkadziesiąt minut. Makijaż może uniemożliwić lub znacznie obniżyć jakość badania głowy. Do badania MRI prosimy o ubiór nie zawierający dodatków metalowych (suwaki, zatrzaski itp.), oraz o nie zakładanie biżuterii.

Czy pacjent posiada wszczepy elektroniczne, mechaniczne bądź magnetyczne takie jak: <i>rozrusznik serca lub elektrody wewnętrzne (np. elektrody wewnętrzne, wewnętrzny aparat słuchowy, plastikę kosteczek słuchowych, wszczep ślimaka, pompę insulinową i inne urządzenia podające leki?</i>	TAK	NIE
Odpowiedź „TAK” oznacza, że pacjent nie może być poddany badaniu MRI		
Czy pacjent posiada wszczepy takie jak: <i>klipsy na tętniaku, klipsy naczyniowe, spirale embolizujące, filtry naczyniowe, neurostymulatory, biostymulatory, sztuczne zastawki, spirale wewnątrzmaciczne?</i> <i>(jeśli tak proszę podkreślić właściwe)</i>	TAK	NIE
Czy pacjent posiada: <i>protezy kości, implanty, protezy zębowe, zespolenia metalowe, nici stalowe, klamry stymulujące wzrost kości, odłamki lub opiłki w ciele (zwłaszcza w oku, oczach)?</i> <i>(jeśli tak proszę podkreślić właściwe)</i>	TAK	NIE
Czy pacjent miał wykonywane jakiegokolwiek operacje, jeżeli tak proszę wymienić:	TAK	NIE
Czy Pani/Pan w dniu wykonywania badania jest w trakcie leczenia szpitalnego? (dotyczy badania na NFZ)	TAK	NIE
Czy cierpi Pani/Pan na klaustrofobię?	TAK	NIE
Czy miała Pani/Pan kiedykolwiek uraz gałki ocznej opiłkiem metalowym?	TAK	NIE

ZGODA PACJENTA (rodziców, opiekunów lub pełnomocników) NA WYKONANIE BADANIA MRI

W przypadku konieczności wykonania badania z podaniem środka kontrastowego dożylnie wyrażam na to zgodę. Aktualny wynik poziomu kreatyniny	TAK	NIE
---	------------	------------

Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje uczuleniowe na podanie środków farmaceutycznych? <i>jeśli tak proszę wymienić na jakie:</i>	TAK	NIE
Czy choruje Pani/Pan na: choroby tarczycy, nerek, wątroby, astmę, nadciśnienie tętnicze, padaczkę, cukrzycę? <i>(jeśli tak proszę podkreślić właściwe)</i>	TAK	NIE
Czy kiedykolwiek miała Pani/Pan wykonywane badanie MRI z użyciem środka kontrastowego?	TAK	NIE
Czy po podaniu środka kontrastowego użytego podczas badania MRI wystąpiły u Pani/Pana reakcje uczuleniowe?	TAK	NIE
- dotyczy kobiet: czy pacjentka jest w ciąży?	TAK	NIE

Ja niżej podpisany oświadczam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje, które są zgodne ze stanem faktycznym.

Biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje. Znane są mi wszystkie zagrożenia związane z wykonaniem w/w badania. Niniejszym wyrażam zgodę na wykonanie w/w badania.

Data podpis pacjenta

W przypadku badania prywatnego zobowiązuję się pokryć koszty badania tj. zł, zgodnie z cennikiem Centrum Zdrowia SALUS.

W sytuacji, gdy pomimo wcześniejszego wyrażenia zgody na badanie, zrezygnuję z badania, zobowiązuję się do pokrycia kosztów przygotowanego środka kontrastowego.

Data podpis pacjenta

Administratorem Danych jest SALUS Sp. z o.o. z siedzibą w Słupsku przy ul. Zielonej 8. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu i zakresie niezbędnym do udzielenia usług medycznych w oparciu o zapisy ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.). Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz możliwość ich poprawiania.

Pracownia Rezonansu Magnetycznego SALUS

76-200 Słupsk, ul. Zielona 8, tel. (059) 848 9000, e-mail: radiologia@salus.com.pl, www.klinikasalus.pl